

**KARYA TULIS ILMIAH**

**GAMBARAN KARAKTERISTIK KELUARGA ANAK STUNTING  
DI PUSKESMAS OEKABITI KECAMATAN AMARASI  
KABUPATEN KUPANG**



**Disusun oleh :**

**BEATRIX ROSALIA RANBOKI  
NIM : PO. 530324115489**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI GIZI ANGKATAN X  
2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**GAMBARAN KARAKTERISTIK KELUARGA ANAK STUNTING**  
**DI PUSKESMAS OEKABITI KECAMATAN AMARASI**  
**KABUPATEN KUPANG**

Disusun Oleh :

Beatrix Rosalia Ranboki  
PO. 530324115489

Mahasiswa Program Pendidikan Gizi  
Poltekkes Kemenkes Kupang

Telah Mendapat Persetujuan Pada  
Tanggal, 14 Juni 2019

Pembimbing

Agustina Setia, SST, M.Kes  
NIP : 196408011989032002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Gizi  
Poltekkes Kemenkes Kupang



Agustina Setia, SST.,M.Kes  
NIP : 196408011989032002

**HALAMAN PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

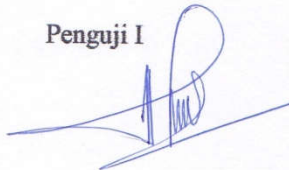
**GAMBARAN KARAKTERISTIK KELUARGA ANAK STUNTING  
DI PUSKESMAS OEKABITI KECAMATAN AMARASI  
KABUPATEN KUPANG**

Disusun Oleh :

Beatrix Rosalia Ranboki  
PO. 530324115489

Telah Diuji di Depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi Gizi  
Pada Tanggal 14 Juni 2019

Penguji I



Christin R. Nenotek, SKM., M.Kes  
NIP :

Penguji II



Agustina Setia, SST., M.Kes  
NIP : 196408011989032002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Gizi  
Poltekkes Kemenkes Kupang



Agustina Setia, SST., M.Kes  
NIP : 196408011989032002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Beatrix Rosalia Ranboki

Tempat Tanggal Lahir : Oekabiti, 26 Maret 1997

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

### **Riwayat Pendidikan**

Tamat SD : 2009

Tamat SMP : 2012

Tamat SMA : 2015

Tamat DII : Poltekkes Kemenkes Kupang

## MOTTO

*"Jangan pernah berhenti belajar, karena hidup tak pernah berhenti untuk terus belajar. Masa depan adalah milik mereka yang sudah siap mulai hari ini."*

*(Anonim)*

## **PERSEMBAHAN**

Karya Tulis Ilmiah ini kupersembahkan untuk :

1. Bapak tercinta Daniel Ranboki (alm) dan Ibunda tercinta Manina G. Ranboki (almh) serta Mama Gitla Malenci Ranboki yang telah memberikan motivasi, semangat dan nasehat yang selalu mengiringi langkah hidupku dengan doa mereka yang tulus.
2. Suami Albert Tefbana, Anak tercinta Defania Amora Yakobeth Tefbana, Kakak dan adik (ka. Waren, Ricky Videl, Serlin dan Yane) yang dengan ikhlas selama ini telah mendukung penulis baik dalam suka maupun duka dalam proses penelitian hingga terselesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Almamater tercinta Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Gizi serta kawan-kawan seperjuangan Gizi Angkatan X (Chory Atakari, Linda Kasse, Asnat Moimami, Mercy Radja dan teman-teman atas dukungan dan bantuannya selama ini.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas berkat dan rahmat-NYA, sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Gambaran Karakteristik Keluarga Anak Stunting di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang”** tepat pada waktunya.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan doa dari keluarga, rekan, relasi serta teman-teman yang telah mendukung dan meluangkan waktu untuk ikut berpartisipasi. Penulis ucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Ragu Harming Kristina, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang
2. Agustina Setia, SST, M.Kes. selaku Ketua Prodi Gizi Kupang
3. Agustina Setia, SST, M.Kes. selaku Dosen Pembimbing yang telah banyak membimbing Penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Seluruh Dosen dan Staf Jurusan Gizi yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
5. Yang paling istimewa penulis mengucapkan limpah terima kasih yang paling dalam kepada orang tua, suami, anak dan kakak adik tercinta yang selama ini selalu setia memberikan doa, menemani baik secara moril maupun materil.
6. Teman-teman Gizi Angkatan X yang dengan setia mendukung dan memberikan semangat kepada Penulis dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan hasil yang baik dan bermanfaat sehingga dapat menjadi panduan dalam menghadapi persaingan dan lingkungan kerja yang semakin penuh tantangan di masa yang akan datang.

Penulis memohon maaf yang sedalam–dalamnya apabila selama menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini telah melakukan kesalahan dan kami menyadari bahwa masih jauh dari sempurna, oleh karena itu Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Atas perhatian, dukungan, bantuan, serta kerjasama dari pembaca kami ucapkan terima kasih.

Kupang, Mei 2019

Penulis



## ABSTRAK

### **Ranboki, Beatrix, Gambaran Karakteristik Keluarga Anak Stunting di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang (Dibimbing oleh Agustina Setia, SST., M.Kes)**

**LATAR BELAKANG :** *Stunting* merupakan keadaan tubuh yang pendek hingga melampaui deficit -2SD di bawah median panjang atau tinggi badan (Manary dan Solomous 2009 dalam Renyoet dkk, 2013). *Stunting* juga mempengaruhi fisik dan fungsional tubuh (The lancet 2008 dalam Fitri 2012). Prevalensi balita *stunting* pada tahun 2007 berdasarkan data riset kesehatan dasar (2007) di Indonesia serta nasional sebesar 36,8% (Riskesdas, 2007). Berdasarkan data Riskesdas (2010), untuk skala nasional prevalensi balita *stunting* sebesar 35,6% atau turun 1,2% dibandingkan dengan 2007 (Riskesdas, 2010). Sedangkan prevalensi balita *stunting* secara nasional pada tahun 2013 adalah 37,2% atau meningkat 1,6% dibandingkan tahun 2010 (Riskesdas, 2013).

**TUJUAN PENELITIAN :** Masyarakat dapat memahami bagaimana cara mengatasi *stunting*. Informasi dan bermanfaat untuk mengembangkan ilmu gizi sehingga dapat digunakan oleh mahasiswa/i sebagai panduan dalam memberikan asuhan gizi masyarakat pada *stunting* untuk bayi balita gambaran karakteristik keluarga anak *stunting* pada balita di Puskesmas Ponain Kecamatan Amarasi.

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang merupakan tempat penelitian yang penulis pilih untuk melakukan penelitian tentang gambaran karakteristik keluarga anak *stunting*.

**HASIL PENELITIAN :** Berdasarkan golongan usia anak yang mengalami *stunting* terdapat pada usia 25–36 bulan sebanyak 12 orang atau 43 % dan yang terendah terdapat pada usia 0–12 bulan dan 49–60 bulan masing–masing sebanyak 2 anak atau sekitar 7%. Total responden yang ada terdiri dari laki–laki dan wanita yaitu 10 laki–laki atau 36% dan jumlah wanita sebanyak 18 atau 64%. Tingkat pendapat kurang dari Rp. 1.500.000 memiliki jumlah anak *stunting* sebanyak 24 anak atau 86% dan yang pendapatan di atas Rp. 1.500.000 hanya memiliki 4 orang anak *stunting* atau 14%.

**PEMBAHASAN :** Pendapatan keluarga rendah dikarenakan untuk jangka waktu tertentu hasil pertanian yang diperoleh tidak menentu setiap bulannya, sekalipun ada orangtua yang bekerja sampingan tetap saja penghasilan dalam keluarga masih rendah.

**KESIMPULAN :** Karakteristik keluarga yang meliputi pekerjaan ibu menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan ibu anak *stunting* adalah sebagai ibu rumah tangga dengan persentase sebesar 100%, sedangkan pendapatan keluarga anak *stunting* tergolong rendah yaitu < Rp. 1.500.00 sebesar 86%. Pola konsumsi anak *stunting* kategori pendek maupun kategori sangat pendek tergolong tidak baik yang dilihat dari kecukupan gizi makro dan kecukupan gizi mikro. Kecukupan energi dan protein anak *stunting* tergolong kurang dengan persentase sebesar 75%.

**Kata Kunci :** Karakteristik Keluarga – Stunting

## ABSTRACT

**Ranboki, Beatrix, Description of Characteristics of Stunting Children Family  
at Oekabiti Health Center, Amarasi District, Kupang Regency  
(Guided by Agustina Setia, SST., M.Kes)**

**BACKGROUND:** Stunting is a short body state that exceeds -2SD deficits below the median length or height (Manary and Solomous 2009 in Renyoet et al., 2013). Stunting also affects the physical and functional body (The 2008 Lancet in Fitri 2012). The prevalence of stunting toddlers in 2007 was based on basic health research data (2007) in Indonesia and nationally at 36.8% (Riskesdas, 2007). Based on Riskesdar (2010) data, for the national scale the prevalence of stunting toddlers was 35.6%, down 1.2% compared to 2007 (Riskesdas, 2010). While the prevalence of nationally stunting toddlers in 2013 was 37.2% or increased by 1.6% compared to 2010 (Riskesdas, 2013).

**RESEARCH OBJECTIVE:** People can understand how to overcome stunting. Information and useful for developing nutrition science so that it can be used by students as a guide in providing stunting for community nutrition care for infants and toddlers, a description of the characteristics of the family of stunting children in toddlers in Ponain Health Center, Amarasi District.

**RESULTS AND DISCUSSION** Oekabiti Health Center, Amarasi Subdistrict, Kupang Regency is the place of research that the authors choose to conduct research on the characteristics of the family of stunting children.

**RESEARCH RESULTS:** Based on the age group of children who are stunted, there are 12–36 months or 25% of those in the age of 36 months and the lowest are in the age of 0–12 months and 49–60 months respectively, or 2 children, or about 7%. The total number of respondents consisted of men and women, namely 10 men or 36% and the number of women was 18 or 64%. Level of opinion is less than Rp. 1,500,000 have 24 stunting children or 86% and those with income above Rp. 1,500,000 only have 4 stunting children or 14%.

**DISCUSSION:** Family income is low because for a certain period of time agricultural products are acquired erratically every month, even though there are parents who work side-by-side it is still low income in the family.

**CONCLUSION:** Family characteristics that include maternal work indicate that the majority of the work of mothers of stunting children are housewives with a percentage of 100%, while the income of families of stunting children is low, which is <Rp. 1,500.00 by 86%. The consumption patterns of stunting children in the short category and the very short category are classified as not good, as seen from the adequacy of macro nutrition and the adequacy of micronutrients. The energy adequacy and protein of stunting children are classified as less with a percentage of 75%.

**Keywords:** Family Characteristics - Stunting

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Halaman Persetujuan .....	ii
Halaman Pengesahan .....	iii
Biodata Penulis .....	iv
Motto.....	v
Persembahan .....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Abstrak.....	ix
Daftar Isi .....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
A. Gambaran Umum Stunting .....	8
B. Kerangka Teori .....	16
C. Kerangka Konsep.....	17
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>18</b>
A. Jenis Penelitian .....	18
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	18
C. Populasi dan Sampel.....	18
D. Variabel Penelitian.....	19
E. Definisi Operasional .....	20
F. Instrumen Penelitian .....	20
G. Teknik Pengumpulan Data.....	21
H. Pengolahan Data dan Analisa Data.....	21
I. Ijin Penelitian.....	22
J. Cara Pengolahan, Analisis dan Pengolahan Data .....	22

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	24
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	24
B. Hasil Penelitian.....	24
C. Pembahasan .....	28
BAB V PENUTUP .....	33
A. Kesimpulan .....	33
B. Saran .....	34
DAFTAR PUSTAKA .....	35
LAMPIRAN.....	36

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Persetujuan Menjadi Responden .....	37
Lampiran 2. Surat Selesai Penelitian .....	38
Lampiran 3. Dokumentasi Penelitian.....	39

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

*Stunting* adalah kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang. *Stunting* merupakan keadaan tubuh yang pendek hingga melampaui deficit -2SD di bawah median panjang atau tinggi badan (Manary dan Solomous 2009 dalam Renyoet dkk, 2013). *Stunting* merupakan masalah kesehatan utama di negara berpendapatan rendah dan menengah karena hubungannya dengan peningkatan resiko kematian pada kanak-kanak, *stunting* juga mempengaruhi fisik dan fungsional tubuh (The lancet 2008 dalam Fitri 2012).

Permasalahan gizi yang masih menjadi masalah utama di dunia adalah malnutrisi. Masalah malnutrisi merupakan permasalahan global 25% populasi dengan mengalami kelebihan berat badan, 17% anak usia sekolah yang memiliki berat badan kurang 28,5% mengalami *stunting* (Indonesia health sector review, 2012). Malnutrisi akan membawa dampak yang luas diantaranya mudah anak terkena infeksi dan gangguan tumbuh kembang serta fungsi organ tubuhnya (Rodrignes L dan Cervantes A 2011 dalam Giri 2013).

Kekurangan gizi kronis dalam bentuk anak pendek (*stunting*) masih umum di beberapa negara. Data PBB 2008 dalam Rah et al 2010, di seluruh dunia mempengaruhi hampir sepertiga dari anak di bawah lima tahun, dengan prevalensi yang lebih tinggi di negara-negara sumber daya Sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan (Renyot dkk 2013), sedangkan menurut data yang

dikeluarkan Unicef terdapat sekitar 195 juta anak yang hidup di negara miskin dan berkembang mengalami *stunting* (Shashidar 2009 dalam Wiyogawati 2010). Data dari *world health statistic* 2011 menunjukan prevalensi *stunting* secara global mencapai 26,7% dan gizi kurang mencapai 16,2% (WHO 2012 dalam Soemardi dkk 2013).

Masalah malnutrisi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis dalam bentuk anak pendek atau *stunting*. *Stunting* adalah masalah gizi utama yang makin mengkhawatirkan mengingat terdapatnya hubungan antara *stunting* dan penyakit tidak menular di kemudian hari, yang saat ini menjadi mayoritas beban penyakit di Indonesia. Kaitan antara *stunting* dengan penyakit tidak menular belum sepenuhnya dipahami atau ditangani dengan baik oleh pembuat petugas kesehatan dan pembuat kebijakan (kebijakan gerakan sadar gizi, 2012).

Status gizi balita harus sangat dijaga dan diperhatikan oleh orang tua, karena terjadi malnutrisi pada masa ini dapat mengakibatkan kerusakan yang *irreversible* yaitu sulit untuk pulih kembali. Sangat mungkin ukuran tubuh pendek adalah salah satu indikator atau petunjuk kekurangan gizi yang berkepanjangan pada balita. Kekurangan gizi yang lebih fatal akan berdampak pada perkembangan otak (Agria dkk 2012 dalam Dewi 2013).

Indonesia sebagai negara berkembang menghadapi tantangan yang lebih besar memasuki era globalisasi karena harus bersaing dengan negara-negara lain dalam berbagai bidang. Untuk menghadapi tantangan tersebut dibutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas, salah satunya adalah aspek

kesehatan. Salah satu komponen dari aspek kesehatan adalah gizi. Gizi merupakan salah satu indikator untuk menilai keberhasilan pembangunan kesehatan sebuah negara dalam membangun sumber daya manusia yang berkualitas (Depkes RI 2009 dalam Rosary dkk 2013). Gizi merupakan salah satu penentu kualitas sumber daya manusia yang berkualitas, sehat, cerdas dan produktif (Dahlia, 2012).

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas, yaitu sumber daya yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Kualitas bangsa dimasa depan sangat dipengaruhi oleh status gizi pada saat ini, terutama anak di bawah usia 5 tahun. Upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dimulai dengan perhatian utama pada proses tumbuh kembang anak sejak pertumbuhan sampai mencapai usia dewasa muda (Rahim, 2011).

Masa balita adalah masa yang sangat penting dalam upaya menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. Masa balita merupakan *golden age* (periode keemasan) yaitu periode yang penting dalam proses tumbuh kembang manusia, pertumbuhan dan perkembangan dimasa itu menjadipenentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak diperiode selanjutnya (Hurlock EB, 2006). Sistem persarafan terjadi pertumbuhan otak pada masa balita secara berkelanjutan hingga 80% dan peningkatan ketrampilan intelektual (Potts dan Mandleco 2007 dalam Nurhidayati 2011).

Gangguan perkembangan dan pertumbuhan pada balita yang mempengaruhi ketahanan fisik dan kecerdasan sehingga dapat memberi



dampak terhadap kehidupan pada masa yang akan datang. Digambarkan pula, ada kekhawatiran jika permasalahan gizi pada balita tidak ditanggulangi akan menyebabkan generasi yang hilang (*lost generation*), yaitu suatu keadaan yang berbahaya bagi kelangsungan suatu bangsa (Novayeni dkk, 2011). Anak di bawah usia lima tahun salah satu kelompok yang beresiko tinggi mengalami gangguan perkembangan fisik apabila ada gangguan gizi (Soetjiningsih 2002 dalam Shafran, Kusnanto dan Fuad 2008). Masalah gizi dan kesehatan pada anak umumnya adalah gizi buruk, gizi kurang, gizi lebih, masalah pendek/ *stunting*, anemia kekurangan zat besi, dan karies gigi (Soetardjo, 2011).

Indonesia telah berhasil menurunkan angka kekurangan gizi pada anak usia di bawah lima tahun (balita) dari 24-50% dari tahun 2005 menjadi 17,90% pada tahun 2010 (Riskesdas, 2010). Dalam perjalanannya Indonesia berhasil menurunkan angka gizi kurang dan gizi buruk. Namun Indonesia dihadapkan pada pembangunan pangan dan gizi yang lain, yaitu masih tingginya prevalensi balita yang pendek (*stunting*). Walaupun penurunan prevalensi anak balita yang gizi kurang dan gizi buruk cukup bermakna, namun prevalensi anak balita pendek masih memprihatinkan (Bappenas 2011).

Prevalensi balita *stunting* pada tahun 2007 berdasarkan data riset kesehatan dasar (2007) di Indonesia serta nasional sebesar 36,8% (Riskesdas, 2007). Berdasarkan data Riskesdas (2010), untuk skala nasional prevalensi balita *stunting* sebesar 35,6% atau turun 1,2% dibandingkan dengan 2007

(Riskesdas, 2010). Sedangkan prevalensi balita *stunting* secara nasional pada tahun 2013 adalah 37,2% atau meningkat 1,6% dibandingkan tahun 2010 (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan hasil Pantauan Status Gizi (PSG) 2017 prevalensi *stunting* bayi usia di bawah lima tahun (balita) Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai 40,3% angka tersebut merupakan yang tertinggi dibanding provinsi lainnya dan juga diatas prevalensi *stunting* nasional sebesar 29,6%. Prevalensi *stunting* di NTT tersebut terdiri dari bayi dengan kategori sangat pendek 18% dan pendek 2,3% .

Data profile kabupaten Kupang bidang kesehatan tahun 2016 menjelaskan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) menurut jenis kelamin pada kabupaten Kupang dengan total 5942 bayi yang lahir. Sedangkan pada puskesmas Oekabiti kecamatan Amarasi berjumlah 252 bayi yang lahir. Sedangkan pada bayi BBLR yang ada di Puskesmas Oekabiti berjumlah 3 bayi atau hanya 1,2%. Dan total bayi BBLR yang ada pada kabupaten Kupang berjumlah 291 bayi atau 5%.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perlu dilakukan penelitian untuk menjawab pertanyaan Bagaimana Gambaran Karakteristik Keluarga Anak *Stunting* di Puskesmas Oekabiti Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang.

### **C. TUJUAN PENELITIAN**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran karakteristik keluarga anak *stunting* pada balita di Puskesmas Ponain Kecamatan Amarasi.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran tingkat pendidikan ibu anak *stunting*
- b. Mengetahui gambaran tingkat pendidikan ayah anak *stunting*
- c. Mengetahui gambaran pekerjaan ayah anak *stunting*
- d. Mengetahui gambaran pekerjaan ibu anak *stunting*
- e. Untuk mengetahui gambaran jumlah anak dalam keluarga *stunting*
- f. Untuk mengetahui tingkat penghasilan keluarga dalam hubungannya dengan pencegahan *stunting*
- g. Untuk mengetahui Berat Badan Lahir anak *stunting*
- h. Untuk mengetahui tingkat asupan gizi pada balita *stunting*

### **D. MANFAAT PENELITIAN**

#### **1. Bagi peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman dan menambah wawasan sebagai calon ahli gizi khususnya mengenai asupan gizi masyarakat, pada *stunting* (bayi balita).

2. Bagi instansi pendidikan

Penelitian ini diharapkan berguna sebagai informasi dan bermanfaat untuk mengembangkan ilmu gizi sehingga dapat digunakan oleh mahasiswa/i sebagai panduan dalam memberikan asuhan gizi masyarakat pada *stunting* untuk bayi balita.

3. Bagi masyarakat

Masyarakat dapat memahami bagaimana cara mengatasi *stunting*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. GAMBARAN UMUM *STUNTING***

##### **a. Definisi**

*Stunting* adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui deficit 2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional (Manary, M.J. & Solomons, N.W, 2008). *Stunting* (tubuh pendek) menggambarkan keadaan gizi kurang yang sudah berjalan lama dan memerlukan waktu bagi anak untuk berkembang serta pulih kembali.

Perawakan pendek (*stunting*) merupakan suatu terminologi untuk tinggi badan yang berada di bawah persentil 3 atau – 2 SD pada kurva pertumbuhan yang berlaku pada populasi tersebut (idal, 2010). *Stunting* adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan berdasarkan umur (TB/U) (Menkes RI, 2010).

Tinggi badan menurut umur (TB/U) dapat digunakan untuk menilai status gizi masa lampau, ukuran panjang badan dapat dibuat sendiri, murah dan mudah di bawah. Sedangkan kelemahannya adalah tinggi badan tidak cepat naik sehingga kurang sensitif terhadap masalah gizi dalam jangka pendek, perlu ketelitian data umur, memerlukan 2 (dua) orang untuk mengukur anak (Wang, 2009 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

## **b. Etiologi *Stunting***

Kondisi *stunting* tidak bisa ditandai lagi bila anak memasuki 2 tahun. Oleh karena itu untuk mencegah terjadinya *stunting* pada anak, ibu perlu mengkonsumsi asupan gizi yang layak terutama selama masa kehamilan hingga anak lahir dan berusia 18 bulan.

Secara umum kekerdilan atau *stunting* disebabkan oleh gizi buruk pada ibu, praktik pemberian dan kualitas makanan yang buruk, sehingga mengalami infeksi serta tidak menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Tanda dan gejala bayi balita mengalami *stunting* yaitu:

1. Gizi ibu dan praktik pemberian makanan yang buruk

*Stunting* dapat terjadi bila calon ibu mengalami anemia dan kekurangan gizi. Wanita yang kekurangan berat badan atau anemia selama masa kehamilan lebih mungkin memiliki anak *stunting*, bahkan beresiko menjadi kondisi *stunting* yang akan terjadi secara turun temurun.

2. Sanitasi yang buruk

*Stunting* juga bisa terjadi pada anak-anak yang hidup dilingkungan dengan sanitasi dan kebersihan yang tidak memadai. Sanitasi yang buruk berkaitan dengan terjadinya penyakit diare dan infeksi cacing usus (cacingan).

3. Penyebab lain

Anak yang terlahir dengan sindrom alkohol janin (fetus alcohol syndrome/ FAS) juga mengalami *stunting*. FAS merupakan pola cacat yang dapat terjadi pada janin karena sang ibu mengkonsumsi terlalu

banyak minuman beralkohol saat sedang hamil. Anak dengan FAS memiliki sekelompok rangkaian gejala yang mencakup bentuk wajah yang berbeda dengan anak normal, pertumbuhan fisik terhambat, serta beberapa gangguan mental.

### c. Penyebab

Penyebab pada *stunting* yaitu:

#### a) Pendidikan ibu

Penelitian mengenai hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* yang dilakukan di Kenya memberikan hasil bahwa balita yang dilahirkan dari ibu yang berpendidikan beresiko lebih kecil untuk mengalami malnutrisi yang dimanifestasikan sebagai *wasting* atau *stunting* daripada balita yang dilahirkan dari ibu yang tidak berpendidikan

#### b) ASI Eksklusif

*Stunting* erat kaitannya dengan pola pemberian makanan terutama pada 2 tahun pertama kehidupan, yaitu air susu ibu (ASI) dan makanan pendamping (MP-ASI) yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Proverawati (2010) menyebutkan ASI mengandung *growth* faktor yang melindungi bayi terhadap infeksi dan juga merangsang pertumbuhan bayi yang normal. Status menyusui juga merupakan faktor risiko terhadap kejadian *stunting* (Taufiqurrahman, 2009).

ASI Eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu

formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, namun rekomendasi terbaru UNICEF dan WHA dan banyak negara lain adalah menetapkan jangka waktu pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan.

c) Makanan pendamping ASI (MP-ASI)

Salah satu permasalahan dalam pemberian makanan pada bayi adalah terhentinya pemberian ASI dan pemberian MP-ASI yang tidak cukup (Depkes, 2000). WHO (2007) merekomendasikan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif 6 bulan pertama kehidupan dan dilanjutkan dengan pengenalan MP-ASI dengan terus memberikan ASI sampai usia 2 tahun. Menurut penelitian Teshome et al. (2009) menyatakan bahwa pengenalan MP-ASI terlalu dini (< 4 bulan) berisiko menderita kejadian stunting

Pemberian makanan pada bayi dan anak merupakan landasan yang penting dalam proses pertumbuhan di seluruh dunia sekitar 30% anak di bawah 5 tahun mengalami stunting merupakan konsekuensi dari praktek pemberian makanan yang buruk dan infeksi berulang. Ketika ASI tidak lagi mencukupi kebutuhan nutrisi bayi, makanan pendamping ASI harus diberikan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi balita selama periode umur 18-24 bulan.



d) Imunisasi

Imunisasi merupakan suatu proses yang menjadikan seseorang kebal atau dapat melawan terhadap penyakit infeksi. Pemberian Imunisasi biasanya dalam bentuk faksin. Faksin merangsang tubuh untuk membentuk system kekebalan yang digunakan untuk melawan infeksi atau penyakit

e) Berat bayi lahir rendah (BBLR)

Berat bayi lahir rendah (BBLR) diartikan sebagai berat bayi ketika lahir kurang dari 2500 gram dengan batas atas 2499 gram (WHO). Banyak faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR terutama yang berkaitan dengan ibu selama masa kehamilan

f) Asupan makanan (konsumsi energi dan protein)

Asupan makanan berkaitan dengan kandungan nutrisi (zat gizi) yang terkandung didalam makanan yang dimakan. Dikenal 2 jenis nutrisi yaitu makro nutrisi dan mikro nutrisi. Makro nutrisi merupakan nutrisi yang menyediakan kalori atau energi, diperlukan untuk pertumbuhan, metabolisme, dan fungsi tubuh lainnya. Makro nutrisi. Nutrisi (zat gizi) merupakan bagian yang penting dalam kesehatan dan pertumbuhan nutrisi yang baik berhubungan dengan peningkatan kesehatan balita. Tanpa nutrisi yang baik akan mempercepat terjadinya stunting selama usia 6-18 bulan.

#### **d. Tanda dan gejala stunting**

Menurut Kemenkes RI (2010), balita pendek atau *stunting* bisa diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar dan hasil pengukurannya ini berada pada kisaran normal, dengan ciri-ciri lain seperti:

- 1) Pertumbuhan melambat
- 2) Wajah tampak lebih mudah dari balita seusianya
- 3) Pertumbuhan gigi terlambat
- 4) Usia 8-10 tahun nanti anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan kontak mata terhadap orang di sekitarnya.

#### **e. Tipe stunting**

Indikator yang biasa dipakai yaitu berat badan terhadap umur (BB/U), tinggi badan terhadap umur (TB/U), dan berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) ketiga indikator ini dapat menunjukkan apakah seorang bayi balita memiliki status gizi yang kurang, pendek (*stunting*), kurus (*wasting*) dan obesitas.

- 1) Berat kurang (*Underweight*)

*Underweight* merupakan klasifikasi dari status gizi BB/U. BB/U menunjukkan pertumbuhan berat badan balita terhadap umurnya, apakah sesuai atau tidak jika berat badan balita di bawah rata-rata, maka dikatakan *Underweight*.

## 2) Pendek (Stunting)

Stunting merupakan klasifikasi dari indikator status gizi TB/U. balita yang dikatakan stunting adalah ia yang memiliki tinggi badan tidak sesuai dengan umurnya. Stunting merupakan akibat dari kurangnya asupan gizi dalam jangka waktu yang panjang, sehingga balita tidak bisa mengejar ketertinggalan pertumbuhan tinggi badannya.

## 3) Kurus (Wasting)

Wasting merupakan salah satu klasifikasi dari indikator status gizi BB/TB. Balita yang dikatakan kurus adalah mereka yang memiliki berat badan rendah yang tidak sesuai terhadap tinggi badan yang dimilikinya. Wasting merupakan tanda bahwa anak mengalami kekurangan gizi yang sangat berat, biasanya terjadi karena kurangnya asupan makanan atau penyakit infeksi, seperti diare.

## 4) Gemuk

Merupakan lawan dari kurus, dimana sama-sama didapatkan dari pengukuran BB/TB. balita yang dikatakan gemuk adalah mereka yang mempunyai berat badan lebih terhadap tinggi badan yang dimilikinya.

### **f. Patofisiologi stunting**

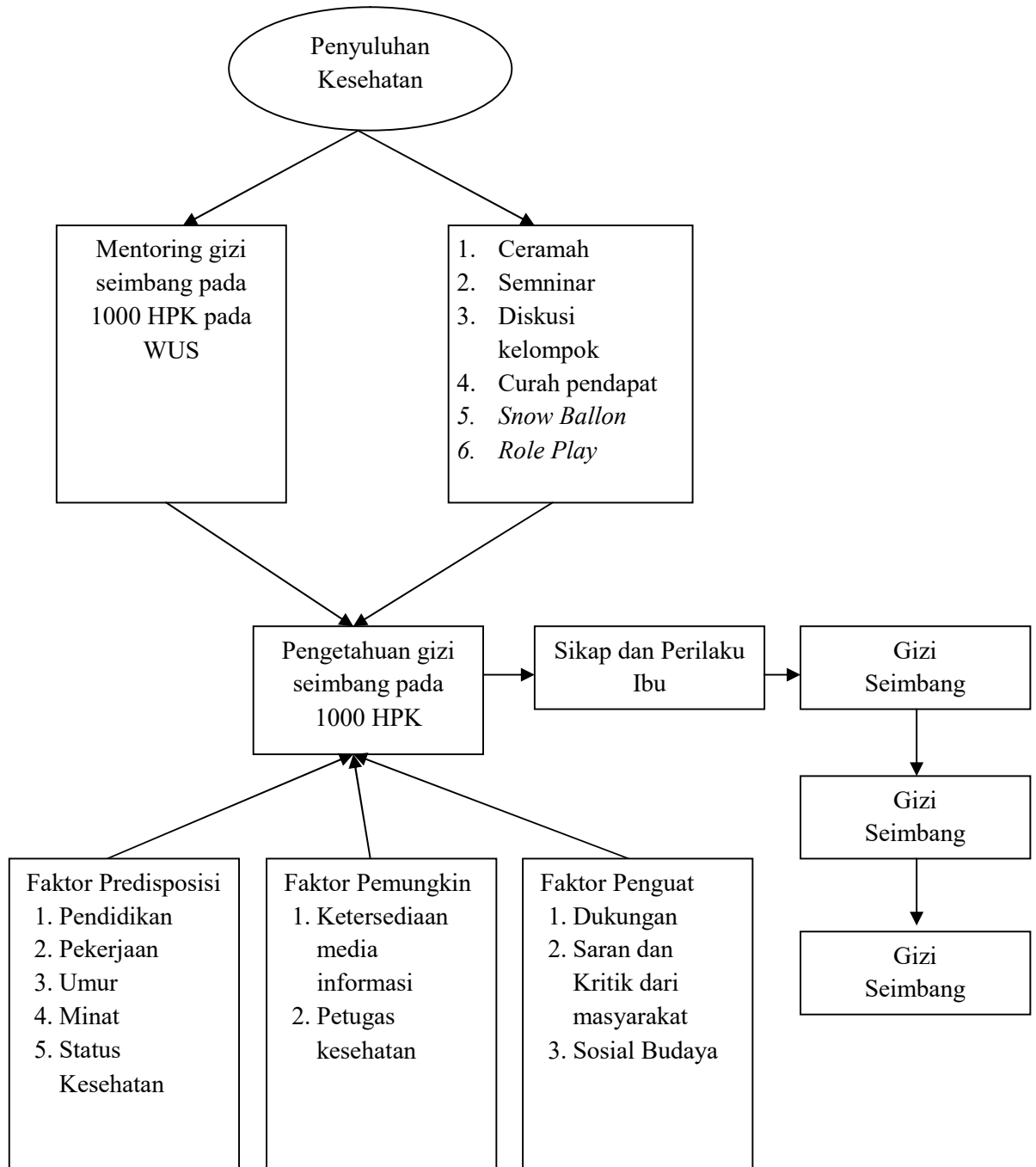
Pemantauan status gizi (PSG) 2017 menunjukan prevalensi balita *stunting* di Indonesia masih tinggi, yakni 29,6% di atas batasan yang ditetapkan WHO (20%) penelitian Ricardo dalam Bhutta tahun 2013 menyebutkan balita *stunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%)

kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta anak kehilangan masa hidup sehat setiap tahun.

Kekurangan gizi waktu lama itu terjadi sejak janin dalam kandungan sampai awal kehidupan anak (1000 hari pertama kelahiran). Penyebabnya karena rendahnya akses terhadap makanan bergizi, rendahnya asupan vitamin dan mineral serta buruknya keragaman pangan dan sumber protein hewani.

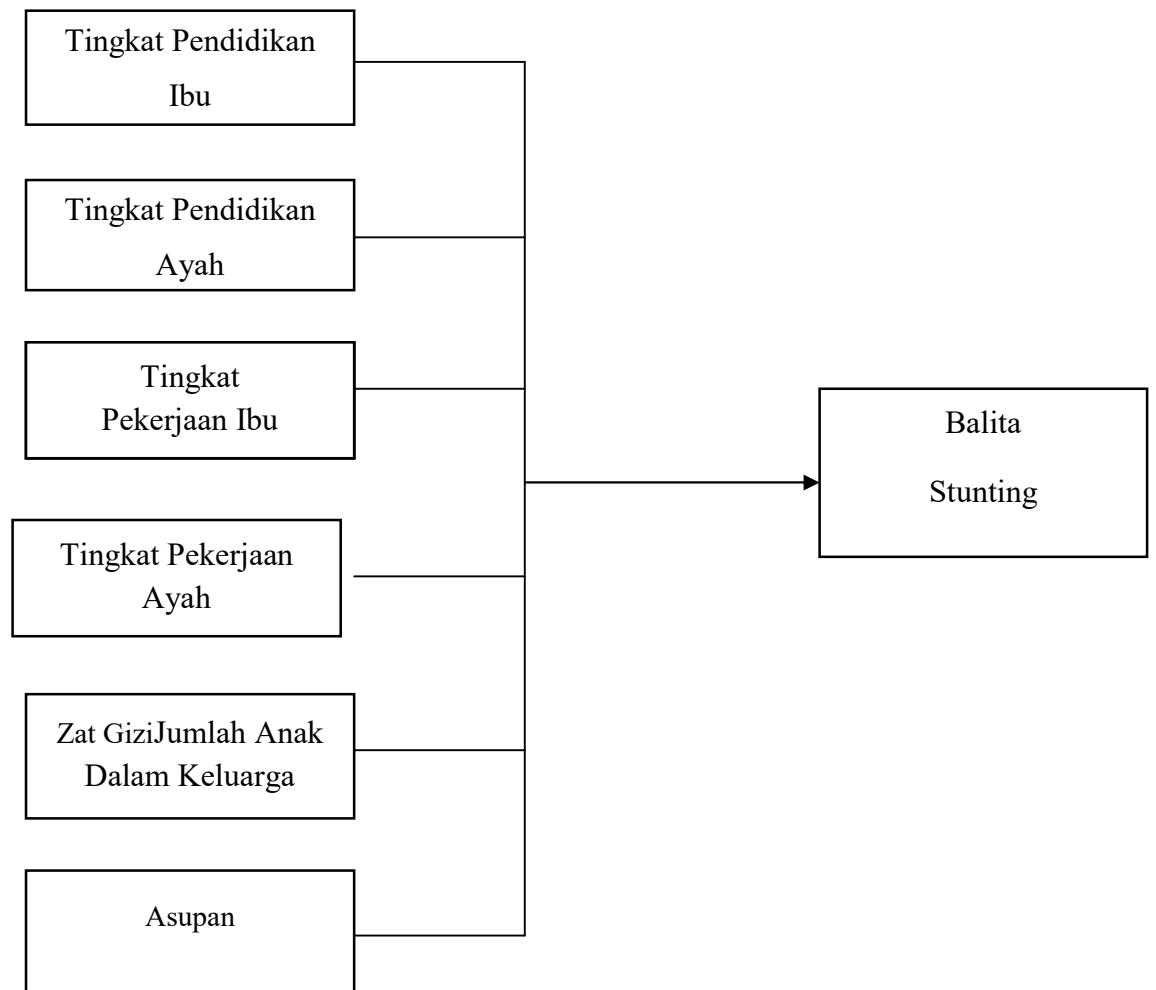
Faktor ibu dan pola asuh yang kurang baik terutama pada perilaku dan praktik pemberian makan pada balita juga menjadi penyebab anak stunting apabila ibu tidak memberikan asupan gizi yang cukup dan baik.

## B. KERANGKA TEORI PADA *STUNTING*



Gambar 1 kerangka teori  
Sumber : Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2007)

### C. KERANGKA KONSEP



### **BAB III**

#### **METODOLOGI PENELITIAN**

##### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif kualitatif karena peneliti ingin menggambarkan atau melukiskan fakta-fakta atau keadaan ataupun gejala yang tampak. Penelitian deskriptif kualitatif adalah penelitian yang menggambarkan atau melukiskan objek penelitian berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya. Nawawi dan Martini (1996). Penelitian deskriptif kualitatif berusaha mendeskripsikan seluruh gejala atau keadaan yang ada, yaitu keadaan gejala menurut apa adanya-pada saat penelitian dilakukan. Mukhtar (2013).

##### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

###### **1. Tempat**

Penelitian dilakukan di Puskesmas Oekabiti Kecamatan Amarasi

###### **2. Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei 2019

##### **C. Populasi dan Sampel**

###### **1. Populasi**

Populasi *"Masa depan adalah milik mereka yang menyiapkan hari ini.* adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel dapat berupa orang, kejadian, perilaku atau suatu yang lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2008). Berdasarkan

penjelasan tersebut, maka yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah balita yang berada di Puskesmas Oekabiti Kecamatan Amarasi yang berjumlah 1.345 balita.

## 2. Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Populasi bayi stunting yang ada di puskesmas Oekabiti berjumlah 28 orang. Jumlah tersebut tidak mencapai batas perhitungan sampel yang ditentukan sehingga total populasi yang ada berjumlah 28 balita dijadikan sampel penelitian.

### a. Kriteria sampel

#### 1) Kriteria inklusi

- a) Balita usia 0-24 bulan
- b) Yang mengalami stunting berdasarkan TB/U
- c) Ibu balita bersedia menjadi responden

#### 2) Kriteria eksklusi

- a) Tidak hadir saat penelitian berlangsung
- b) Tidak mengembalikan form FFQ

## D. VARIABEL PENELITIAN

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah asupan makanan sedangkan variabel terikat adalah stunting.



#### E. DEFINISI OPERASIONAL

Variabel	Definisi Operasional	Skala	Alat Ukur	Skor
Status Gizi Stunting	Keadaan patologis yang disebabkan oleh kegagalan pencapaian pertumbuhan linier yang disebabkan oleh kondisi kesehatan yang tidak optimal atau kurang gizi (WHO, 2013)	Ordinal	Microtoise, lenboard, dan tabel WHO NCHS TB/U	Berdasarkan indikator 1. TB/U sangat pendek <- 3SD pendek -3SD sampai dengan <-2SD

#### F. INSTRUMEN PENELITIAN

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Microtoise untuk mengetahui tinggi badan dengan skala ketelitian 0,1 cm
2. Lengboard untuk mengetahui panjang badan
3. Quisioner sebagai identitas balita
4. Formulir Recall untuk mengetahui asupan makan atau MP-ASI balita

Teknik pengamatan langsung (observasi) yang merupakan salah satu upaya peneliti yang memperoleh data yang netral. Dan ini sebagai salah satu metode guna mengumpulkan data:

5. Antropometri untuk mengetahui status gizi balita dengan menggunakan microtoise dengan lenboard untuk mengetahui panjang badan.
6. Formulir Recall untuk mengetahui asupan makanan atau MP-ASI balita.

## **G. TEKNIK PENGUMPULAN DATA**

Metode atau cara yang digunakan untuk pengumpulan data untuk penelitian ini adalah kuisisioner dengan wawancara. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer.

### **1. Data status gizi balita**

Data status gizi balita yaitu data berat badan balita yang dikumpulkan dengan penimbangan BB menggunakan dacin dan tinggi badan menggunakan microtoise dan lengthboard.

### **2. Data asupan makanan**

Data yang dikumpulkan dari responden yaitu data yang diperoleh dari hasil wawancara dari ibu balita dengan menggunakan recall.

### **3. Data karakteristik sampel**

Data karakteristik sampel yaitu data yang dikumpulkan dari ibu balita yaitu data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan menggunakan kuisisioner meliputi karakteristik pengetahuan dan pendidikan orang tua serta antropometri.

## **H. PENGOLAHAN DATA DAN ANALISI DATA**

### **1. Data status gizi balita**

Data antropometri diolah dengan menggunakan WHO antro sehingga memperoleh nilai TB menurut umur (TB/U) kemudian dikategorikan menurut WHO antro 2005 menjadi status gizi stunting sangat pendek < stunting sangat pendek <3SD dan pendek -3SD sampai dengan <-2 SD.

## **I. IZIN PENELITIAN**

Sebelum melakukan penelitian membuat surat perizinan ke perizinan satu pintu, selanjutnya surat perizinan dilanjutkan ke Puskesmas Oekabiti Kecamatan Amarasi dan selanjutnya kuisisioner disampaikan kepada responden dengan menekankan etika yang meliputi:

### **1. Informasi consent (lembar persetujuan)**

Lembar persetujuan menjadi responden akan diberikan kepada ibu balita sebelum penelitian dilaksanakan kepada responden yang akan diteliti dengan tujuan agar ibu balita mengetahui maksud dan tujuan peneliti, jika bersedia maka ibu balita harus menandatangani lembar persetujuan tersebut.

### **2. Anonymous (Tanpa nama)**

Nama responden (balita) tidak boleh dicantumkan pada lembar pengumpulan data tetapi peneliti menuliskan kode pada lembar pernyataan untuk menjaga kerahasiaan.

### **3. Confidentiality (kerahasiaan)**

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga oleh peneliti.

## **J. CARA PENGOLAHAN, ANALISIS , DAN PENGOLAHAN DATA**

### **1. Pengolahan data**

Data yang diperoleh dari hasil observasi dan telaah dokumen dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Data yang diperoleh dari hasil observasi dituliskan kembali dan dibuat transkripnya.
  - b. Data yang telah dikumpulkan kemudian dipilih sesuai dengan kategori masing-masing.
  - c. Data-data yang diperoleh dari telaah dokumen digunakan sebagai pendukung tanpa dilakukan pengolahan.
2. Pengolahan Data yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data disederhanakan ke dalam bentuk tabel, kemudian data diolah menggunakan komputer. Setelah data diolah, maka hasil olahan di *print out* kan hasilnya.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang merupakan tempat penelitian yang penulis pilih untuk melakukan penelitian tentang gambaran karakteristik keluarga anak stunting. Puskesmas Oekabiti juga mempunyai banyak persoalan terkait anak-anak stunting yang jumlah kasusnya cukup banyak.

#### B. Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah penulis lakukan di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang, maka penulis dapat sajikan dengan tabel-tabel tentang gambaran karakteristik keluarga anak stunting.

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Umur Anak Stunting di Puskesmas Oekabiti**

Karakteristik Umur (bulan)	Jumlah	%
<b>1. Umur</b>		
0 – 12	2	7%
13 – 24	6	21%
25 – 36	12	43%
37 – 48	6	21%
49 – 60	2	7%
<b>Jumlah</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer*

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa karakter umur anak stunting di Puskesmas Oekabiti dari 28 responden, balita yang rentang umurnya mulai dari 0–12 bulan sebanyak 2 (7%) orang, 13–24 bulan ada 6

(21%), 25–36 bulan sebanyak 12 (43%), 37–48 bulan sebanyak 6 (21%) dan yang berusia 49–60 bulan berjumlah sebanyak 2 (7%) balita.

## 2. Jenis Kelamin

Laki – laki	10	36%
Perempuan	18	64%
<b>Jumlah</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer*

Hasil analisis berdasarkan jenis kelamin terdapat 28 responden keseluruhan yang terbagi atas responden laki–laki sebanyak 10 (36%) responden dan responden perempuan sebanyak 18 (64%) responden.

## 3. Stunting

Pendek	4	14%
Sangat Pendek	24	86%
<b>Jumlah</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer*

Dari total responden yang ada terdiri dari laki–laki dan wanita yaitu 10 laki–laki atau 36% dan jumlah wanita sebanyak 18 atau 64%. Dan anak stunting yang paling banyak adalah anak stunting yang masuk dalam kategori sangat pendek yaitu berjumlah 24 anak atau 86% dan yang masuk dalam kategori pendek hanya 4 orang anak atau sekitar 14%.

Hal ini menunjukkan bahwa prevalensi stunting pada anak di lokasi penelitian yang penulis ambil yaitu di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang masih tinggi.

**Tabel 2. Gambaran Karakteristik Keluarga Berdasarkan pekerjaan ibu anak Stunting di Puskesmas Oekabiti**

<b>Pekerjaan Ibu</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
Ibu Rumah Tangga	28	100%
Lain-lain	0	0%
<b>Jumlah</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer*

Pada tabel 2 tentang Gambaran Karakteristik Keluarga Berdasarkan pekerjaan ibu anak Stunting di Puskesmas Oekabiti ditemukan bahwa tingkat pekerjaan ibu yang mengalami kasus anak stunting ada pada ibu yang bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Hal tersebut dapat dilihat pada tabel 2 dengan jumlah ibu yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga berjumlah 28 orang atau 100%. Dari jumlah tersebut ternyata sesuai dengan jumlah sampel penelitian sebanyak 28 responden.

**Tabel 3. Gambaran Karakteristik Keluarga Berdasarkan Tingkat Pendapatan Keluarga anak Stunting di Puskesmas Oekabiti**

<b>Pendapatan Keluarga</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
Rendah < Rp. 1.500.000	24	86%
Tinggi > 1.500.000	4	14%
<b>Jumlah</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer*

Pada tabel 3 tentang Gambaran Karakteristik Keluarga Berdasarkan Tingkat Pendapatan Keluarga anak Stunting di Puskesmas Oekabiti ditemukan bahwa tingkat pendapatan mempengaruhi terhadap perkembangan anak stunting di dalam keluarga. Hal ini dapat dilihat pada tabel 3 di atas

yaitu tingkat pendapat kurang dari Rp. 1.500.000 memiliki jumlah anak stunting sebanyak 24 anak atau 86% dan yang pendapatan di atas Rp. 1.500.000 hanya memiliki 4 orang anak stunting atau 14%.

**Tabel 4. Gambaran Kecukupan Zat Gizi Keluarga anak Stunting di Puskesmas Oekabiti**

<b>Asupan Gizi</b>	<b>Jumlah</b>	<b>%</b>
<b>Energi</b>		
Lebih (>110% AKG)	0	0%
Baik (80 – 110% AKG)	7	25%
Kurang ( 80% AKG)	21	75%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>
<b>Protein</b>		
Lebih (>110% AKG)	0	0%
Baik (80 – 110% AKG)	7	25%
Kurang ( 80% AKG)	21	75%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>
<b>Lemak</b>		
Lebih (>110% AKG)	0	0%
Baik (80 – 110% AKG)	7	25%
Kurang ( 80% AKG)	21	75%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>
<b>Karbohidrat</b>		
Lebih (>110% AKG)	0	0%
Baik (80 – 110% AKG)	7	25%
Kurang ( 80% AKG)	21	75%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

*Sumber : Data Primer*

Berdasarkan hasil analisa asupan zat gizi pada tabel di atas bahwa kecukupan gizi–gizi makro yakni kecukupan energi dan protein anak stunting paling banyak adalah dengan kategori kurang yaitu masing masing sebesar 75%. Kecukupan gizi mikro seperti kalsium masih kurang dengan persentase 100%.



Kecukupan fosfor untuk anak stunting sebagian besar adalah kurang dengan persentase 61%. Kecukupan magnesium pada anak stunting tergolong baik dengan persentase 86%, sedangkan kecukupan seng paling banyak adalah kategori kurang dengan persentase 96%. Kecukupan vitamin A dan vitamin C sangat kurang yaitu dengan persentase 54%.

### **C. Pembahasan**

Stunting merupakan gambaran status gizi kurang yang berkepanjangan selama periode paling genting dari pertumbuhan dan perkembangan di awal kehidupan. Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Beberapa faktor penyebab terjadinya stunting, menurut TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan) 2017 antara lain: 1) Praktek pengasuhan yang kurang baik, dalam hal ini kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. 2) Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC–AnteNatal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas, informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dan anak belum mendapatkan akses yang memadai ke layanan imunisasi. 3) Masih kurangnya akses rumah tangga/ keluarga ke makanan bergizi, hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Terbatasnya akses makanan bergizi di Indonesia juga tercatat telah

berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia. 4) Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi yang baik di lingkungan rumah.

Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi sosial ekonomi sebuah keluarga. Orang tua yang bekerja tentunya dapat menambah pendapatan bagi keluarga, nantinya juga turut berperan dalam menentukan status ekonomi keluarga. Dengan berperannya ibu dalam menambah pendapatan keluarga, maka kesempatan ibu untuk mengasuh dan merawat anak semakin sedikit sehingga akan memengaruhi status gizi anak.

Dari hasil penelitian yang telah penulis lakukan telah ditemukan persoalan-persoalan tentang gambaran karakteristik keluarga pada anak stunting di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang. Hal tersebut telah penulis paparkan pada tabel-tabel tersebut di atas.

Dari total responden yang ada terdiri dari laki-laki dan wanita yaitu 10 laki-laki atau 36% dan jumlah wanita sebanyak 18 atau 64%. Dan anak stunting yang paling banyak adalah anak stunting yang masuk dalam kategori sangat pendek yaitu berjumlah 24 anak atau 86% dan yang masuk dalam kategori pendek hanya 4 orang anak atau sekitar 14%.

Tingkat pendapatan sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak di dalam keluarga. Hal ini didapat dari wawancara peneliti dengan orangtua anak bahwa pendapatan keluarga rendah dikarenakan untuk jangka waktu tertentu hasil pertanian yang diperoleh tidak menentu setiap bulannya, sekalipun ada orangtua yang bekerja sampingan juga sebagai buruh tani harian tetap saja penghasilan dalam keluarga masih rendah.

Pendidikan ibu merupakan hal dasar bagi tercapainya gizi balita yang baik. Tingkat pendidikan ibu tersebut terkait dengan kemudahan ibu dalam menerima informasi tentang gizi dan kesehatan dari luar. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi dari luar, dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan lebih rendah. Tingkat pendidikan pada keluarga miskin sebagian besar dalam kategori rendah, hal ini dikarenakan keterbatasan ekonomi yang dialami sehingga mereka tidak mampu melanjutkan pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi. Dalam penelitian ini, ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah tidak selalu memiliki balita dengan masalah *stunting* yang lebih banyak daripada ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi. Hal ini dikarenakan tingkat pendidikan ibu merupakan penyebab dasar dari masalah kurang gizi, dan masih banyak faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi terjadinya masalah kurang gizi, khususnya *stunting* pada keluarga miskin.

Anak yang memiliki riwayat BBLR berpeluang besar untuk mengalami *stunting*. Anak yang terlahir dengan BBLR lebih berpotensi *stunting* dibandingkan anak yang terlahir dengan berat normal. Selain itu berat badan bayi lahir rendah (BBLR < 2.500 gram) telah diidentifikasi sebagai faktor risiko penting terkait perkembangan anak selanjutnya. Menurut penelitian Abenhaim,<sup>26</sup> bayi yang disebut lahir rendah adalah bila berat bayi lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram dan empat kali lebih tinggi mengakibatkan kematian jika dibandingkan dengan berat bayi terlahir 2.500–3.000 gram. Berat lahir pada umumnya sangat terkait dengan kematian janin,

neonatal dan pasca neonatal, morbiditas bayi dan anak serta pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang. Dampak dari bayi yang memiliki berat lahir rendah akan berlangsung dari generasi ke generasi, anak dengan BBLR akan memiliki ukuran antropometri yang kurang pada perkembangannya. Dalam analisis multivariat tunggal variabel berat lahir rendah memiliki dampak yang besar terhadap stunting. Hasil penelitian yang dilakukan Mugni et al, 27 menunjukkan bahwa berat lahir merupakan prediktor yang signifikan dalam menentukan status pendek pada bayi usia 12–60 bulan di Makassar.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Pulungan (2017) menjelaskan bahwa keluarga anak stunting SDN 157628 Naiposposbarat 2 Kecamatan Sorkam berada pada pendapatan keluarga yang rendah UMK <Rp. 1.800.000 yaitu dengan persentase sebesar 89,8 %.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Oktari (2015) yang menyatakan bahwa rata-rata pendapatan orangtua anak stunting di SDN 064994 Kelurahan Tanah Enam Ratus Kecamatan Medan Marelan berada pada pendapatan Rp. 1.000.000 sampai dengan Rp. 3.000.000

Hal ini terjadi karena jumlah makanan yang dikonsumsi oleh anak stunting masih sedikit dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan. Ketersediaan makanan di rumah masih sangat kurang baik dari segi kuantitas dan kualitas makanan. Ini juga disebabkan karena penghasilan orangtua yang sebagian besar rendah dan juga jumlah anak yang sebagian besar lebih dari 4 orang dalam satu keluarga.

Penelitian Fitri (2012) menjelaskan bahwa kegagalan pertumbuhan dihasilkan dari kurangnya asupan gizi merupakan faktor resiko dalam menentukan perkembangan anak. Kekurangan makanan yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan dalam periode yang berkepanjangan dapat membawa pengaruh yang tidak baik terhadap pertumbuhan anak dan mengakibatkan perubahan metabolisme otak.

Dengan demikian, kemampuan dan fungsi otak menjadi tidak maksimal. Oleh sebab itu diharapkan untuk memberikan makanan yang beragam pada anak agar memenuhi zat gizi yang dibutuhkan. Kebutuhan gizi setiap anak bisa saja berbeda. Semakin besar umur anak, maka kebutuhan gizinya juga semakin besar, sehingga jumlah makanan yang dibutuhkan semakin besar. Dalam pemenuhan gizi pada anak stunting juga diperlukan kerjasama petugas kesehatan seperti poskesdes (pos kesehatan desa). Diharapkan petugas kesehatan memberikan penyuluhan gizi kepada anak sekolah dan juga orangtua sehingga dapat dilakukan pemantauan gizi sedini mungkin agar dapat meningkatkan status gizi anak.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Karakteristik keluarga yang meliputi pekerjaan ibu menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan ibu anak *stunting* adalah sebagai ibu rumah tangga dengan persentase sebesar 100%, sedangkan pendapatan keluarga anak *stunting* tergolong rendah yaitu < Rp. 1.500.00 sebesar 86%.
2. Karakteristik keluarga *stunting* menurut tingkat pendapatan atau penghasilan ditemukan bahwa keluarga yang perhasilannya tinggi resiko anak *stunting* berkurang dibanding keluarga yang tingkat pendapatannya rendah.
3. Dari total 28 anak *stunting* diketahui bahwa asupan gizi pada anak balita sebagian besar masuk dalam kategori kurang (80% AKG), rata – rata 21 anak atau 75% dan yang masuk kategori baik (80–110 % AKG) hanya 7 anak atau 25%.
4. Pola konsumsi anak *stunting* kategori pendek maupun kategori sangat pendek tergolong tidak baik yang dilihat dari kecukupan gizi makro dan kecukupan gizi mikro. Kecukupan energi dan protein anak *stunting* tergolong kurang dengan persentase sebesar 75%. Jenis makanan yang dikonsumsi anak *stunting* sebagian besar tidak lengkap yang dapat diketahui dari kurangnya variasi menu setiap kali makan. Frekuensi makan anak *stunting* cenderung mengonsumsi makanan pokok, lauk

pauk, dan sayuran, sementara buah dan susu masih sangat kurang dikonsumsi (Almatsier, 2001).

## **B. SARAN**

Berikut saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan:

1. Diharapkan Ibu yang berperan utama dalam pemberian makan terutama bagi anak agar dapat menyediakan makanan yang beragam dan sesuai dengan kebutuhan gizi anak .
2. Diharapkan adanya penyuluhan atau edukasi dengan ibu oleh petugas kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan ibu tentang status gizi anak.
3. Diharapkan pihak sekolah dan orangtua bekerjasama dengan petugas kesehatan seperti poskesdes agar memberikan penyuluhan gizi sehingga dapat dilakukan pemantauan gizi anak sekolah yang berguna untuk penanganan kasus *stunting* anak sekolah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. 2015. *Faktor-faktor resiko kejadian stunted pada balita (24-59 bulan) di wilayah kerja puskesmas social Palembang tahun 2014*. Skripsi.Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
- AL–Rahmad Ah, Miko A, Hadi A.2013. *Kajian Stunting pada anak balita ditinjau dari Pemberian ASI Eksklusif, MP\_ASI status imunisasi dan Karkteristik keluarga Nasawakers*. 6(2)
- Aritonang I. 2012. *menilai status gizi untuk mencapai sehat optimal*. Leukita. Yokyakarta
- Arikunto, S. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Bumi Aksara
- Agus Zaenul Fitri, 2012, *Pendidikan Karakter Berbasis Nilai dan Etika di Sekolah*, Jogjakarta : Ar-Ruzz Media
- Agria R, dkk. 2012. *Gizi Reproduksi*. Fitramaya, Yogyakarta
- Almatsier, S., Soetardjo, S., & Soekarti, M. 9(2011). *Gizi seimbang dalam daur kehidupan*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- BAPPENAS. 2011. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*. [http://www.4shared.com/get/I45gBOZ/Rencana\\_Aksi\\_Nasional\\_Pangan](http://www.4shared.com/get/I45gBOZ/Rencana_Aksi_Nasional_Pangan). Diakses 8 Juni 2011
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pedom an Pelayan an An tena tal d i Tingkat Pelayan an Dasar*. Jakarta : Depkes RI
- Dahlia, S., 2012. *Pengaruh Pendekatan Positive Deviance Terhadap Peningkatan Status Gizi Balita*. Jurnal Kesehatan : Jenepono
- Daftar Pustaka Afzalur Rahim, (2011).” *Managing Conflict in Organizations*”, 4th Edition (New Jersey: Transaction Publishers
- Depkes, 2000. *Buku Pintar Konseling Keluarga Mandiri Sadar Gizi*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Depkes RI, 2000. *Penatalaksanaan Menu Seimbang Pada Ibu Hamil*. <http://www.depkes.go.id>. Jakarta. Diakses tanggal 16 Maret 2011
- Depkes RI, 2010. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI. <http://www.Riskesdas.2010.pdf>. diakses tanggal 20 mei 2011.
- Fernald Lia CH, Gertler Paul J, Neufeld L.M. (2008) *Role of cash in Coniditional Cash Transfer Programemes for Child Health, Growth and Development: an Aanalysis of Mexico's Oportunidades*. Lancet 2008;371:828-37
- Hurlock, E. B. 2006. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Edisi kelima. Alih bahasa Istiwidayanti dan Soedjarwo. Jakarta: Erlangga.
- Kemenkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Keputusan Menteri kesehatan Republik Indonesia. Jakarta



- Kemenkes RI. 2011. Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Manary MJ, Solomons NW. Gizi Kesehatan Masyarakat, Gizi dan Perkembangan Anak. Jakarta: Buku Kedokteran ECG; 2009.
- Manary MJ, Solomons NW. Gizi Kesehatan Masyarakat, Gizi dan Perkembangan Anak. Jakarta: Buku Kedokteran ECG; 2009.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 340/Menkes/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan
- More, judy. *Gizi bayi, anak dan remaja*. Hal. 225. PustakaPelajar;Jokjakarta;2013
- Mukhtar. 2013. Metode Penelitian Deskriptif Kualitatif. Jakarta : GP Press Group
- Hadari Nawawi, H. Murni Martini, Penelitian Terapan( Yogyakarta :GajahMada University Press, cet . 2, 1966
- Notoatmodjo, S. 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam, 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Jakarta: Salemba Medika
- Proverawati, A. 2010. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah). Nuha Medika, Yogyakarta
- Renyoet BS (2013). Hubungan pola asuh dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir kecamatan tallo kota makassar. Universitas Hasanuddin.
- Rodríguez L and Cervantes E. 2011. Malnutrition and gastrointestinal and respiratory infections in children: a public health problem. Available at Int J Environ Res Public Health. 2011 Apr;8(4):1174-205. Epub 2011 Apr 18. Diakses pada tanggal 13 Februari 2012
- Soetjiningsih. 2002. Tumbuh kembang anak. Jakarta. EGC
- Taufiqurrahman, A., 2009. Pengantar Metode Penelitian untuk Kesehatan. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- World Health Organization (WHO). *Angka Kematian Bayi*. Amerika: WHO; 2012.

### **Lampiran 1. Surat Persetujuan Menjadi Responden**

#### **PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_



Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian Saudara Beatrix Rosalia Ranboki yang berjudul “Gambaran Karakteristik Keluarga Anak Stunting di Puskesmas Oekabiti, Kecamatan Amarasi, Kabupaten Kupang”.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Responden,

\_\_\_\_\_

Lampiran 2. Surat Selesai Penelitian

	<b>PEMERINTAH KABUPATEN KUPANG</b> <b>PUSKESMAS OEKABITI</b> <b>KECAMATAN AMARASI</b> Jalan Jurusan Buraen Kelurahan Nonbes Kecamatan Amarasi Kode Pos 85367 Email : <a href="mailto:oekabitipuskesmas@gmail.com">oekabitipuskesmas@gmail.com</a> Hotline Service : 081237216824	
---	--	---

---

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN**  
**Nomor : 440/go/PKO/2019**

**Yang bertanda tangan di bawah ini :**

Nama	: Matelda L.S. Tabelak, SKM,M.Si
Jabatan	: Kepala Puskesmas Oekabiti
Nip	: Nip.19760419 199903 2 005
Pangkat Golongan	: Penata Tk 1/ III D

**Menerangkan bahwa :**

Nama	: Beatrix Rosalia Ranboki
Jenis kelamin	: Perempuan
NIM	: PO. 530324115489
Asal Fak/Jur/Univ	: Poltekkes Kemenkes Kupang Jur. Gizi


Benar-benar telah selesai melakukan **Penelitian** di **Puskesmas Oekabiti** mulai tanggal 13 Mei sampai 18 Mei 2019, dengan judul :

**“ GAMBARAN KARAKTERISTIK KELUARGA ANAK STUNTING DI PUSKESMAS OEKABITI “**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Oekabiti, 16 Juli 2019  
Kepala Puskesmas Oekabiti



Matelda L. S. Tabelak, SKM, MSi  
Nip. 19760419 199903 2 005

Lampiran 3. Dokumentasi Penelitian













